

ABOGADO O PARTE SIN ABOGADO <span style="float:right">NÚM. DEL COLEGIO DE ABOGADOS:</span> NOMBRE: NOMBRE DE LA FIRMA: DIRECCIÓN: CIUDAD: <span style="margin-left: 100px;">ESTADO:</span> <span style="margin-left: 100px;">CÓDIGO POSTAL:</span> TELÉFONO: <span style="margin-left: 100px;">FAX:</span> EMAIL: ABOGADO DE <i>(nombre)</i> :	SOLO PARA USO DE LA CORTE  <h2 style="margin: 0;">Solo para información No entregue a la corte</h2>
<b>CORTE SUPERIOR DE CALIFORNIA, CONDADO DE</b> DIRECCIÓN: DIRECCIÓN POSTAL: CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: NOMBRE DE SUCURSAL:	
PROCESO DE LA LEY CARE PARA <i>(nombre)</i> :  <div style="text-align: right;">DEMANDADO</div>	
<b>DECLARACIÓN DE SALUD MENTAL—PROCESO DE LA LEY CARE</b>	NÚMERO DE CASO: <h2 style="margin: 0;">No entregue a la corte</h2>

**AL PROFESIONAL AUTORIZADO DE LA SALUD CONDUCTUAL**

Este formulario se usará para ayudar al juez a determinar si el demandado cumple con los criterios de diagnóstico para el proceso de la Ley CARE.

**INFORMACIÓN GENERAL**

1. Nombre del declarante:
  
2. Dirección de la oficina, número de teléfono y dirección de email:
  
3. **Estatus de licencia *(complete a o b)*:**
  - a.  Soy un profesional autorizado de la salud conductual y realizar el examen descrito en este formulario está dentro del alcance de mi licencia. Tengo una licencia válida de California como *(marque una)*:
    - (1)  médico.
    - (2)  psicólogo.
    - (3)  trabajador social clínico.
    - (4)  terapeuta matrimonial y familiar.
    - (5)  consejero clínico profesional.
  
  - b.  El Departamento Estatal de Servicios de Atención Médica me ha otorgado una exención de licencia conforme al Código de Bienestar e Instituciones, sección 5751.2 porque *(marque una)*:
    - (1)  Estoy empleado como  psicólogo  trabajador social clínico y continúo mi empleo en la misma clase desde el 1 de enero de 1979, en el mismo programa o centro.
  
    - (2)  Estoy registrado en la junta de licencias del Departamento Estatal de Servicios de Atención Médica con el propósito de adquirir la experiencia requerida para obtener la licencia y estoy empleado o bajo contrato para brindar servicios de salud mental como *(marque una)*:
      - (a)  trabajador social clínico.
      - (b)  terapeuta matrimonial y familiar.
      - (c)  consejero clínico profesional.
  
    - (3)  Estoy empleado o bajo contrato para proporcionar servicios de salud mental como psicólogo que está adquiriendo la experiencia necesaria para obtener la licencia.

PROCESO DE LA LEY CARE PARA ( <i>nombre</i> ):	NÚMERO DE CASO:
DEMANDADO	<b>No entregue a la corte</b>

3. b. (4)  He sido reclutado para un empleo desde fuera de este estado, y mi experiencia es suficiente para ser admitido para tomar el examen para obtener la licencia de California. Estoy empleado o bajo contrato para proporcionar servicios de salud mental como (*marque una*):
- (a)  psicólogo.
  - (b)  trabajador social clínico.
  - (c)  terapeuta matrimonial y familiar.
  - (d)  consejero clínico profesional.

4. El demandado (*nombre*):  
 es  no es un paciente bajo mi cuidado y tratamiento continuos.

### EXAMEN O INTENTOS DE EXAMINAR AL DEMANDADO

5. Complete una de las siguientes opciones: (*tanto a como b deben realizarse en un plazo de 60 días después de haber presentado la petición bajo la Ley CARE*)
- a.  Examiné al demandado el (*fecha*): *(pase al punto 7).*
  - b.  En las siguientes fechas: intenté examinar al demandado, pero no tuve éxito debido a la falta de cooperación del demandado para someterse al examen.
6. (*Responda solo si marcó la casilla 5b*). Explique detalladamente cuándo, cuántos intentos y qué tipos de intentos se hicieron para examinar al demandado. Explique también la respuesta del demandado a esos intentos y el resultado de cada uno de ellos.
7. Con base en la siguiente información, tengo razones para creer que el demandado cumple los criterios de diagnóstico para el proceso de la Ley CARE (*debe cumplirse cada uno de los siguientes requisitos para que el demandado califique para el proceso de la Ley CARE*):
- a. El demandado tiene un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico de la misma clase (*indique el trastorno específico*):

**Nota:** Bajo el Código de Bienestar e Instituciones, sección 5972, un trastorno psicótico calificado debe ser principalmente de naturaleza psiquiátrica y no debido a una condición médica como una lesión cerebral traumática, autismo, demencia o una condición neurológica. Una persona que tenga un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias sin cumplir también los demás criterios reglamentarios, incluido un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico, no califica.

- b. El demandado experimenta una enfermedad mental grave que (*debe completar todo lo siguiente*):
  - (1) Es grave en grado y persistente en duración (*explique detalladamente*):

PROCESO DE LA LEY CARE PARA (*nombre*):

NÚMERO DE CASO:

DEMANDADO

**No entregue a la corte**

7. b. (2) Puede causar un comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida diaria (*explique detalladamente*):

(3) Puede resultar en una incapacidad para mantener una adaptación estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un periodo largo o indefinido (*explique detalladamente*):

c. El demandado no está estabilizado clínicamente en un tratamiento voluntario en curso (*explique detalladamente*):

d. Al menos una de estas declaraciones es cierta (*complete una o ambas de las siguientes*):

(1)  Es poco probable que el demandado sobreviva de forma segura en la comunidad sin supervisión y su condición se está deteriorando sustancialmente (*explique detalladamente*):

(2)  El demandado necesita servicios y apoyos para evitar una recaída o un deterioro que podría resultar en una discapacidad grave o causar daños graves al demandado o a otras personas (*explique detalladamente*):

